

Solo para uso de la oficina: Self Help New Homes 502 Direct Purchase

**** POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA IMPRENTA ****

Fecha de Hoy: ____/____/20____

Información General

Nombre del Solicitante: _____ Últimos cuatro dígitos SS# _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Estado: Ciudadano Residente Permanente Autorizado para Trabajar en USA País de Origen: _____

Nombre del Co-Solicitante Esposo/a: _____ Últimos cuatro dígitos SS# _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Estado: Ciudadano Residente Permanente Autorizado para Trabajar en USA País de Origen: _____

Dirección: _____
(calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Números de teléfonos: (____) ____ - ____ (____) ____ - ____ Co-Solicitante : (____) ____ - ____ (____) ____ - ____
(Casa) (Trabajo/celular/otro) (Casa) (Trabajo/celular/otro)

Estado Civil: Casado/a No-Casado-Soltero/a Legalmente Separado/a Divorciado/a Viudo/a

Dependientes: Escriba el **Nombre, Edad y Fecha de Nacimiento** de todas las otras personas que viven en el hogar **no escritos arriba**.

1.	4.
2.	5.
3.	6.

Costo por cuidado de niños: \$ _____ Mensualmente

¿Es algún adultos que vivirá en la casa veterano? Si, especifique _____ No

Información sobre su lugar de residencia (si menos de dos años ahí, complete la información del dueño anterior)

Nombre del dueño actual: _____ Teléfono: (____) ____ - ____

Dirección del dueño actual: _____
(calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Pago mensual de Renta \$ _____ Pago mensual de Utilidades \$ _____

Tiempo viviendo ahí: _____ Años _____ Meses

¿Esta usted viviendo en vivienda pública? Si No

Dirección Anterior: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Dueño anterior: _____ Tiempo ahí _____ Teléfono: (____) ____ - ____

Dirección del Dueño Anterior: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

¿Esta usted participando en algún programa de auto-suficiencia? Como: Project Self-Sufficiency, Savings Plus, Work First, Etc. Si ____ No ____

Si lo hace, describa el programa (s): _____

Empleo e Ingresos (Bruto/Antes de descontar impuestos)

Ingresos del Solicitante: ¿Número de horas trabajadas por semana? _____ Título de su Posición: _____
Fecha de Inicio: _____/_____/_____
Monto recibido \$ _____ Hora Semanalmente Cada Dos-Semanas Dos Veces-Al Mes Mensualmente Anualmente

Empleador Actual del Solicitante: : _____ Teléfono: (____) _____ - _____
Dirección del Empleador: _____ (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)
¿Cuánto tiempo a trabajado para su empleador actual?: _____
Si es menos de dos años, escriba el nombre de su empleador anterior: _____ Teléfono: (____) _____ - _____
¿Cuánto le pagaban? \$ _____ <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada Dos-Semanas <input type="checkbox"/> Dos Veces-Al Mes <input type="checkbox"/> Mensualmente
Horas trabajadas por semana _____ Título de su Posición: _____
Dirección del empleador anterior: _____ (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Ingresos del Co-solicitante: ¿Número de horas trabajadas por semana? _____ Titulo de su Posición: _____
Fecha de Inicio: _____/_____/_____
Monto recibido \$ _____ Hora Semanalmente Cada Dos-Semanas Dos Veces-Al Mes Mensualmente Anualmente

Empleador Actual del Co-Solicitante: _____ Teléfono: (____) _____ - _____
Dirección del Empleador: _____ (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)
¿Cuanto tiempo a trabajado para su empleador actual?: _____
Si es menos de dos años, escriba el nombre de su empleador anterior: _____ Teléfono: (____) _____ - _____
¿Cuánto le pagaban? \$ _____ <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada Dos-Semanas <input type="checkbox"/> Dos Veces-Al Mes <input type="checkbox"/> Mensualmente
Horas trabajadas por semana _____ Título de su Posición: _____
Dirección del empleador anterior: _____ (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Otras Fuentes de Ingresos:

Pensión Alimenticia para Hijos: \$ _____

Seguro Social/ Des habilidad/Pensión: \$ _____ Procedencia/beneficiario: _____

¿Otras Fuentes de Ingresos? \$ _____ Procedencia/beneficiario: _____

INGRESO TOTAL DE TODAS LAS FUENTES: Ingreso Bruto Por Mes \$ _____

Ingreso Bruto Anual \$ _____

¿Es algún miembro de su hogar empleado independiente/particular? Si ,(nombre) _____ No

¿Es algún miembro de su hogar trabajado agrícola? Si ,(nombre) _____ No

Activos

CUENTA DE AHORROS:

Nombre del Banco, Cooperativa, otro _____ Cantidad \$ _____

CUENTA DE CHEQUES:

Nombre del Banco, Cooperativa, otro _____ Cantidad \$ _____

401K / Cuenta KEOGH:

Nombre del Banco, Cooperativa, otro _____ Cantidad \$ _____

IRA / Jubilación:

Nombre del Banco, Cooperativa, otro _____ Cantidad \$ _____

SEGURO DE VIDA: _____ Valor Estimado \$ _____

PROPIEDADES: _____ Valor Estimado \$ _____

AUTOMÓVILE(S): Marca: _____ Año _____ Valor Estimado \$ _____

Marca: _____ Año _____ Valor Estimado \$ _____

OTROS ACTIVOS: _____ Valor Estimado \$ _____

Total de los Activos: \$ _____

EFFECTIVO DISPONIBLE PARA PAGO INICIAL(ENGANCHE)/GASTOS DE REGISTRACIÓN: \$ _____

Deudas

Escriba todos sus Acreedores (deudas de crédito)

Acreedor: _____ Pago Mensual (mínimo)\$ _____ Balance \$ _____

Acreedor: _____ Pago Mensual (mínimo)\$ _____ Balance \$ _____

Acreedor: _____ Pago Mensual (mínimo)\$ _____ Balance \$ _____

Acreedor: _____ Pago Mensual (mínimo)\$ _____ Balance \$ _____

Acreedor: _____ Pago Mensual (mínimo)\$ _____ Balance \$ _____

Acreedor: _____ Pago Mensual (mínimo)\$ _____ Balance \$ _____

Anote cualquier Cuenta en Colección o Juicios

Acreedor: _____ Pago Mensual (mínimo)\$ _____ Balance \$ _____

Acreedor: _____ Pago Mensual (mínimo)\$ _____ Balance \$ _____

¿Cuánto paga de pensión alimenticia para hijos o ex-esposo(a), si es que lo hace? Pago Mensual \$ _____

¿Cuánto paga por cuidado de niños (guardería) o ancianos (hogar), si es que lo hace? Pago Mensual \$ _____

Pago total en deudas al Mes: \$ _____

Información para el Monitoreo del Gobierno

La siguiente información es solicitada por el Gobierno Federal para ciertos tipos de aplicaciones para préstamos relacionadas a Hipotecas para viviendas, para monitorear el cumplimiento de las leyes sobre igualdad de oportunidades en vivienda. Usted no esta obligado a dar esta información, pero se le anima a hacerlo.

RAZA Y ORIGEN NACIONAL DEL SOLICITANTE:

_____ Indio Americano/Nativo Americano
_____ Negro, No Hispano
_____ Blanco, No Hispano
_____ Hispano
_____ Asiático
_____ Otro: _____

SEXO: ___ Masculino ___ Femenino

SOLICITANTE:

_____ No quiero dar esta Información

RAZA Y ORIGEN NACIONAL DEL CO-SOLICITANTE:

_____ Indio Americano/nativo Americano
_____ Negro, No Hispano
_____ Blanco, No Hispano
_____ Hispano
_____ Asiático
_____ Otro: _____

SEXO: ___ Masculino ___ Femenino

CO-SOLICITANTE:

_____ No quiero dar esta Información

¿Cómo escucho usted a cerca de nosotros ?

- Amigo/a Familiar Dueño, a través del programa de Auto Ayuda
 Prestamista, Entidad Financiera Corredor de Propiedades
 Referido por Otra agencia Otro _____

Idioma Preferido: **English** **Spanish**

¿Nació usted en el extranjero? **Si, Lugar de Nacimiento** _____ **No**

¿Nivel mas alto de educación completado? _____

Certificación

Certifico que la información arriba en este formulario es correcta y verdadera de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que dar información falsa o engañosa puede ser causal de rechazo de mi aplicación. Yo autorizo a Housing Assistance Corporation a obtener un reporte de crédito en mi nombre y/o solicitar verificaciones de empleo y residencia.

Firma del Solicitante

Fecha

Firma del Co-Solicitante

Fecha

FAVOR DE HACER CUALQUIER COMENTARIO ADICIONAL:

FAVOR DE REGRESAR O ENVIAR POR CORREO ESTA APLICACION A:

Housing Assistance Corporation
602 Kanuga Road, Hendersonville, NC 29739
P.O. Box 2057, Hendersonville, NC 28793
Office: (828) 692-4744 ext.108 Fax: (828) 692-3009